

avoisnants, l'œdème de la glotte se déclare à titre de complication dangereuse, notamment dans les laryngites qui se montrent au cours des maladies aiguës graves (typhus, variole, érysipèle), puis dans les inflammations du larynx, suite d'*irritations mécaniques ou chimiques violentes* (vapeur d'eau bouillante, substances caustiques), ensuite dans les *plaies du larynx* et encore comme conséquence de l'introduction dans le larynx de *corps étrangers*. De même, l'œdème collatéral qui accompagne l'angine de LUDWIG, les inflammations intenses de la parotide et des amygdales, etc. peut, dans des cas rares, envahir jusqu'aux ligaments ary-épiglottiques. Finalement l'œdème de la glotte vient exceptionnellement faire *partie constituante de l'œdème généralisé* qui se déclare à la suite de la maladie de BRIGHT, des lésions du cœur, de l'emphysème pulmonaire, etc. C'est surtout dans la *maladie de Bright* qu'on a observé à diverses reprises l'apparition presque instantanée de l'œdème glottique.

Le symptôme capital de l'œdème de la glotte est la *dyspnée* qui se produit consécutivement à la coarctation de l'entrée du larynx, dyspnée qui atteint souvent les degrés les plus élevés et qui, affectant d'abord l'inspiration, ne tarde pas à entraver à la fois l'inspiration et l'expiration. Les mouvements respiratoires, surtout l'inspiration, sont accompagnés d'un sifflement laryngé strident. Par suite de l'entrée insuffisante de l'air, on voit à la fosse sus-sternale, à l'épigastre et aux parties latérales du thorax des rétractions inspiratoires. A l'aide du laryngoscope, quand on réussit à s'en servir, on constate le gonflement œdémateux des ligaments ary-épiglottiques, parfois aussi l'infiltration de l'épiglotte et des cordes vocales supérieures. On parvient même parfois à atteindre avec le doigt les parties tuméfiées.

Si la dyspnée va jusqu'à mettre la vie en danger, il n'y a que l'intervention opératoire qui puisse venir en aide. Les médecins habiles dans la laryngoscopie cherchent à faire disparaître le gonflement en pratiquant plusieurs longues *incisions dans les parties œdématisées*. Si cela n'est d'aucun secours, la *trachéotomie* doit être faite. Le danger immédiat est-il conjuré de cette façon, le traitement subséquent se réglera d'après les affections qui sont la cause de l'œdème de la glotte.

## CHAPITRE CINQUIÈME. TUBERCULOSE DU LARYNX.

(Phthisie laryngée.)

**Étiologie.** Comme la tuberculose du larynx est, la plupart du temps, greffée sur la tuberculose d'autres organes, surtout des poumons, nous renvoyons pour ce qui concerne l'étiologie et la pathologie générale de cette maladie, à la description de la tuberculose pulmonaire. Toutefois nous sommes autorisé à décrire à part les caractères propres à la phthisie laryngée, parce que la tuberculose peut parfois débiter par le larynx et y rester confinée au moins pour quelque temps, et qu'au surplus, dans beaucoup de cas de tuberculose laryngée, manifestement compliqués de tubercules pulmonaires, les symptômes cliniques qui se rapportent au larynx occupent le centre de tout le tableau morbide. A la vérité beaucoup de médecins contestent que la tuberculose puisse se porter *d'emblée sur le larynx*, mais c'est à tort d'après nous. L'expérience clinique enseigne que des personnes possédant toutes les apparences d'une parfaite santé, souffrent quelquefois d'enrouement et que la maladie prise dans le principe pour une simple laryngite, ne révèle son caractère tuberculeux que par les progrès de sa marche. Au début, l'exploration la plus attentive des poumons ne permet pas de découvrir le moindre indice physique d'une affection quelconque, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'aux signes d'une maladie du larynx viennent s'ajouter les symptômes formels de la tuberculose pulmonaire. Admettre dans des circonstances semblables une tuberculose pulmonaire primitive, mais non susceptible d'être diagnostiquée à son origine, nous paraît être une subtilité. Tout concourt au contraire à faire croire que le *poison tuberculeux (les bacilles de la tuberculose) peut quelquefois commencer par se nicher dans le larynx*, y provoquer les premières manifestations de la tuberculose et ne se propager que dans la suite à l'organe pulmonaire.

Il est certain que, *dans la plupart des cas* de tuberculose laryngée, les symptômes de celle-ci ne se développent que *secondairement* au cours d'une phthisie pulmonaire chronique. Nous verrons qu'alors l'affection du larynx doit être envisagée comme le résultat d'une infection produite par le passage des crachats tuberculeux. Cette complication se montre dans environ  $\frac{1}{4}$  de tous les cas de tuberculose pulmonaire, en y comprenant toutes les affections du larynx d'un degré modéré. Par contre la tuberculose étendue et intense du larynx est beaucoup plus rare.

**Anatomie pathologique.** Sous le *rapport anatomique*, l'affection laryngée qui vient compliquer la phthisie pulmonaire ou qui se déclare primiti-

vement, n'est au début qu'un simple *catarrhe de la muqueuse*, qui, à la simple vue, ne se distingue en rien de tout autre catarrhe laryngé. Les érosions à surface unie qui se rencontrent sur les cordes vocales ou entre les cartilages aryénoïdes n'ont par elles-mêmes rien de caractéristique non plus. En effet, il est difficile de discerner si le catarrhe laryngé simple et les ulcères superficiels du larynx qui se montrent souvent chez les phthisiques, sont en réalité des affections tuberculeuses toujours de nature spécifique. Peut-être ne sont-ils le plus souvent que des conséquences de l'irritation mécanique provenant de la fréquence de la toux, ou de l'irritation chimique résultant des crachats. La question pour chaque cas ne peut se décider que par la découverte, dans les affections laryngées qui accompagnent la phthisie, des bacilles tuberculeux spécifiques.

A l'inverse de ce qui précède, les altérations plus graves du larynx qui se rencontrent chez les phthisiques, sont incontestablement d'origine tuberculeuse. On trouve en cette circonstance une *infiltration tuberculeuse* caractéristique avec formation de tubercules miliaires dans la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux. Par la désagrégation des parties infiltrées, il se forme des *ulcères* étendus, se propageant de proche en proche et siégeant de préférence sur les cartilages aryénoïdes, les cordes vocales et l'épiglotte. En cette dernière occurrence l'ulcère s'avance quelquefois sur la base de la langue. Dans les cas graves, on constate souvent un fort œdème inflammatoire collatéral des parties voisines et parfois la *périchondrite tuberculeuse* décrite plus haut.

**Symptômes cliniques.** Au début de la tuberculose laryngée, l'*examen laryngoscopique* ne fait voir d'ordinaire que l'image d'un simple catarrhe. Dans la suite, au contraire, il révèle avec assez d'exactitude la plupart des particularités du travail de destruction opéré par les tubercules (ulcères, infiltration, etc). Le miroir laryngien donne même souvent une vue plus correcte de l'affection que n'en fournit éventuellement l'inspection cadavérique, puisque sur le cadavre l'hyperémie et le gonflement des parties rétroèdent considérablement.

Les autres *symptômes cliniques de la tuberculose laryngée* diffèrent notablement d'après l'étendue et l'intensité du processus. Parfois ils ne consistent qu'en une simple raucité et une obnubilation modérée de la voix, mais dans d'autres cas, ils s'avivent jusqu'aux paroxysmes les plus poignants qui puissent se montrer dans la tuberculose. Cela est notamment le cas quand l'ulcération siége à l'épiglotte et aux cartilages aryénoïdes. La déglutition est alors extrêmement pénible, au point que les malades prennent à peine des aliments et que la toux se déclare par quintes déchirantes. Si les ulcé-

rations des cordes vocales deviennent plus profondes et que leur motilité s'enrève à un plus haut degré, l'enrouement augmente et engendre finalement une aphonie complète. La mort arrive par les progrès croissants de l' inanition, rarement par l'œdème de la glotte.

Le **diagnostic** de la tuberculose laryngée ne présente aucune difficulté quand la phthisie pulmonaire préexiste et a été reconnue. Profitant de l'avertissement donné par l'enrouement ou par un certain degré de dysphagie, on reconnaîtra à l'aide du miroir laryngien la nature et le siège des altérations. Mais dans l'incertitude d'une affection pulmonaire concomitante, le diagnostic peut offrir des difficultés notables. Comme nous l'avons dit, les signes initiaux ne se différencient guère de ceux d'un simple catarrhe, et l'idée de l'existence de la tuberculose ne surgit qu'en présence de l'opiniâtreté du mal, à la vue de l'habitus du malade, en considération de quelque tare héréditaire, de la fièvre qui se met de la partie et d'un amaigrissement qui étonne. Quand les lésions du larynx sont plus avancées, la distinction entre la tuberculose et la syphilis peut être très difficile. Cependant dans la syphilis laryngée, plus souvent que dans la tuberculose, on rencontre des altérations concomitantes du pharynx, et en outre, les *cicatrices* visibles en plusieurs endroits, constituent en faveur de la syphilis des arguments suffisamment démonstratifs. Dans tous les cas douteux, le diagnostic de la tuberculose laryngée acquiert une certitude entière, par la *découverte des bacilles tuberculeux* contenus dans les crachats ou dans les produits de sécrétion des ulcères et que parfois on peut aisément se procurer à l'aide d'un fin pinceau laryngien. Disons encore, en ce qui concerne l'examen laryngoscopique, qu'une infiltration épaisse de l'épiglotte avec ulcération partielle, est un état pathologique qui ne s'observe guère qu'en cas de tuberculose.

**Traitement.** Puisque nous renvoyons tout ce qui concerne le *traitement général* de la tuberculose à l'article tuberculose pulmonaire, nous n'avons qu'à parler ici du traitement local de la phthisie laryngée. Dans les cas légers ce traitement est le même que celui du catarrhe commun du larynx. Il est incontestable que le véritable ulcère tuberculeux du larynx est susceptible de guérison. Cependant les guérisons durables de l'espèce sont des exceptions. Il est évident que l'état général du malade et l'état concomitant du poumon y contribuent pour une large part. Parmi les moyens préconisés en vue du traitement local de la tuberculose pulmonaire, les insufflations d'*iodoforme* et d'*iodol* ont été en grande vogue pendant quelque temps, mais aujourd'hui elles sont de nouveau délaissées. Récemment on a signalé de meilleurs résultats après l'emploi local de l'*acide lactique*. (cautérisation

avec une solution de 3 à 8 % et cocaïnisation préalable) et du *menthol* (20 % de solution huileuse). Disons que toutes ces méthodes thérapeutiques requièrent un degré d'habileté qui n'appartient qu'à un spécialiste. Les inhalations n'ont d'ordinaire qu'une vertu palliative. Nous avons constaté les meilleurs résultats à cet égard des inhalations de *baume de Pérou*.

A notre avis, il ne faut attendre de progrès réel dans le traitement de la tuberculose laryngée que de la *chirurgie*, pas cependant des opérations *endolaryngiennes*, presque *toujours insuffisantes* malgré toute la dextérité avec laquelle elles peuvent être faites, mais de l'ablation opératoire radicale du tissu malade, avec laryngofissure préalable.

Dans les cas plus avancés, on se bornera le plus souvent à un traitement purement palliatif. L'usage continu de fragments de glace et surtout l'emploi généreux des *narcotiques* sont excessivement avantageux pour calmer les douleurs et la dysphagie. Les injections sous-cutanées de morphine, un quart d'heure avant chaque repas, procurent souvent un grand soulagement. On peut en outre badigeonner le larynx avec une forte solution de morphine, insuffler de la poudre de morphine, laisser inhaler des solutions de morphine ou de bromure de potassium. Mais tous ces remèdes le cèdent en efficacité à la *cocaïne* qui est un excellent anesthésique local (v. ANREP). Si l'on touche la muqueuse ulcérée de l'entrée du larynx avec une solution de 10 à 20 % de cocaïne (chlorhydrate de cocaïne 1,0 à 2,0, esprit de vin 2,0, eau distillée 8,0), après quelques minutes les parties atteintes sont anesthésiées, au point que la déglutition peut se faire sans la moindre douleur. Malheureusement l'action de la cocaïne est tellement passagère, que les attouchements doivent être constamment renouvelés.

## CHAPITRE SIXIÈME.

### PARALYSIES DES MUSCLES DU LARYNX.

#### 1. Paralysies dans le domaine du nerf laryngé supérieur.

Le nerf laryngé supérieur, branche du nerf vague, fournit le *nerf sensible* à la muqueuse du segment supérieur du larynx jusqu'à la fente glottique, à la muqueuse de l'épiglotte et de la partie qui l'environne. En outre il comprend des filets *moteurs* pour le *muscle crico-thyroïdien*. Des expériences cliniques font croire que le laryngé supérieur anime aussi les abaisseurs de l'épiglotte, les *muscles thyro- et ary-épiglottiques*, voire même le *muscle aryténoïdien*. Cependant ces trois derniers muscles empruntent peut-être

également des filets moteurs au nerf récurrent (nerf laryngé inférieur).

La paralysie des muscles crico-thyroïdiens et des abaisseurs de l'épiglotte s'observe le plus fréquemment après le décours de la *diphthérie*. D'ordinaire elle entre comme partie constituante dans des paralysies généralisées et de plus se combine souvent avec l'anesthésie de la muqueuse qui est pourvue de filets sensibles par le nerf laryngé supérieur (v. ZIEMSEN).

On reconnaît la *paralysie des muscles ary- et thyro-épiglottiques* à la position immobile et dressée de l'épiglotte contre la base de la langue.

La *paralysie des muscles crico-thyroïdiens* produit de l'enrouement de la voix et elle empêche notamment l'émission des notes élevées, puisque pour ces dernières, le jeu des muscles susdits, en tant que *tenseurs des cordes vocales*, est indispensable. Au laryngoscope la détermination de cette paralysie est excessivement difficile. L'excavation des bords des cordes vocales, le défaut de vibration de celles-ci, peut-être aussi, quand la paralysie est unilatérale, la position plus élevée de la corde vocale non atteinte, doivent en être les caractères principaux.

Voyez plus loin ce qui se rapporte à la *paralysie du muscle aryténoïdien*.

#### 2. Paralysie dans le domaine du nerf laryngé inférieur ou récurrent.

Le nerf récurrent fournit des filets *sensibles* à la muqueuse de la partie inférieure de la cavité laryngienne (située au-dessous de la fente glottique) et il est le nerf moteur de tous les muscles intrinsèques du larynx à l'exception du muscle crico-thyroïdien (et peut-être des abaisseurs de l'épiglotte, comme il est dit ci-dessus). Les muscles qu'il innerve se rangent, d'après leur fonction, en trois groupes :

- a) Les *dilatateurs de la glotte* qui sont les seuls muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.
- b) Les *constricteurs de la glotte*, ce sont les muscles crico-aryténoïdiens latéraux et le muscle aryténoïdien (transverse et oblique).
- c) Les *tenseurs des cordes vocales* sont les thyro-aryténoïdiens qui jouent en même temps le rôle de constricteurs, mais qui président surtout aux délicates nuances de tension requises pour le chant et les modulations de la parole. Ils ont par conséquent la même mission, avec un degré de finesse de plus, que les muscles crico-thyroïdiens innervés par le nerf laryngé supérieur.

Les fibres motrices de tous ces muscles émanent à proprement parler du nerf accessoire, d'où elles se rendent au tronc du nerf vague et de là seulement aux nerfs du larynx.